

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE COIMBRA

Departamento de Educação

Mestrado em Educação Especial: Área da Cognição e Motricidade

Apromoção da comunicação numa criança com Trissomia 21 através do Sistema Aumentativo e Alternativo de Comunicação Makaton

Dissertação de Mestrado em Educação Especial, na especialidade de Cognição e Motricidade, apresentada ao Departamento de Educação da Escola Superior de Educação de Coimbra para a obtenção de grau de Mestre.

Filipa Beatriz dos Santos Lopes

Coimbra, janeiro de 2019

esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE COIMBRA

Filipa Beatriz dos Santos Lopes

**Apromoção da comunicação numa criança com Trissomia 21
através do Sistema Aumentativo e Alternativo de Comunicação
Makaton**

Dissertação de Mestrado em Educação Especial: Área da Cognição e Motricidade
apresentada ao Departamento de Educação da Escola Superior de Educação de Coimbra
para obtenção do grau de Mestre

Presidente: Professor João Luís Pimentel Vaz

Arguente: Professor Doutor Pedro Balaus Custódio

Orientadora: Professora Doutora Maria Madalena Baptista

Agradecimentos

Um enorme agradecimento aos meus pais, irmãos, tios e restantes familiares que me ajudaram a ultrapassar todos os obstáculos que surgiram durante esta jornada e que, em momento algum, permitiram que desistisse.

Agradeço também à minha bisavó que, apesar de já ter partido, é uma fonte de inspiração e que sonhava pelo dia da minha “formatura”. A ela lhe dedico esta fase.

A todos os meus amigos que estiveram sempre presentes nos bons e nos maus momentos, especialmente a Inês Carvalho, a Bruna Oliveira, a Raquel Paz, a Carolina Vitorino e a Rita Domingues.

Um agradecimento especial ao Nuno Coelho pela paciência e pela força para poder chegar ao fim desta caminhada. Porque afinal, nada se consegue sem dedicação e amor.

A todos os professores e colegas do Mestrado, um agradecimento pela partilha de conhecimentos e experiências que contribuíram para a minha valorização profissional e pessoal.

À minha orientadora por toda a colaboração e disponibilidade.

Por fim, um agradecimento ao V e à sua doce família, por terem aceite colaborar comigo e juntos enriquecermos. Obrigada por acreditarem no meu trabalho!

Resumo

Este projeto de investigação foi realizado num contexto onde existia uma criança de umacom Trissomia 21. Assim, a intervenção realizada centrou-se na a sua família direta, na comunidade escolar e na própria criança.

Tal como é frequente em indivíduos com este diagnóstico, também este menino (V) manifesta dificuldades na área da comunicação. Deste modo, com este projeto, pretende-se analisar as estratégias mais eficazes a implementar com esta criança de forma a promover o desenvolvimento das suas competências comunicacionais, através da aprendizagem do Sistema Aumentativo e Alternativo de Comunicação bimodalMakaton.

O processo de intervenção foi alvo de uma avaliação contínua que contribui para a reflexão acerca de toda a ação desenvolvida e assumiu características de metodologia da investigação-ação.

Os resultados obtidos foram satisfatórios, uma vez que no início da intervenção a criança não se sentava sozinha, não se colocava na posição quadrúpede, não interagía com os pares e não reagia aos estímulos dos adultos, bem como não tinha um sistema de comunicação definido. No final, o V conseguiu alcançar os objetivos previstos e os restantes participantes nesta intervenção, absorveram os conhecimentos pretendidos. Assim, concluímos que as estratégias implementadas eram eficazes e que este trabalho com o V deveria ser continuado.

Palavras-chave:

Trissomia 21; comunicação; sistema aumentativo e alternativo de comunicação; Makaton.

Abstract

This research project was carried out in a context where there was a one year old child who as Down syndrome (DS or DNS), also known as trisomy 21. Therefore, the intervention was focused on the direct family, the school community and the child.

As is common in individuals with this diagnosis, this boy (V) also presents difficulties in the area of communication. In this way, with this project, we intend to analyze the most effective strategies to be implemented with this child in order to promote the development of his communication skills, through the learning of the Augmentative and Alternative Bimodal Makaton Communication System.

The intervention process was the subject of a continuous evaluation that contributed to the reflection about all the action developed and assumed characteristics of research-action methodology.

The results were satisfactory because in the beginning of the intervention the child didn't sit alone or place himself in the quadruped position, he didn't interact with the schoolmates, didn't react to the stimuli of adults and neither had a defined communication system. In the end, V was able to achieve the intended objectives and the other participants in this intervention obtained the desired knowledge. Thereby, we concluded that the implemented strategies were effective and that this work with the V should be continued.

Key words:

Trisomy 21; Communication; augmentative and alternative communication system; Makaton

Índice geral	
Agradecimentos	I
Resumo	III
Abstract.....	IV
Abreviaturas.....	VII
Introdução	1
Parte I: Componente Teórica	3
Capítulo I- Trissomia 21	5
1-Etiologia e Classificação	7
2-Características.....	9
2.1- Características físicas.....	9
2.2- Caraterísticas comportamentais	10
2.3-Problemas de saúde.....	10
2.4- Caraterísticas psicológicas e cognitivas	11
Capítulo II- Sistemas Aumentativos e Alternativos de Comunicação	15
1- Importância da Comunicação	17
2-Potencialidades dos Sistemas Alternativos e Aumentativos de Comunicação.....	19
2.1- Sistemas de Comunicação com ajuda	20
2.2- Sistemas de Comunicação sem ajuda	21
2.3-Vantagens e desvantagens dos SAAC	21
2.4-Utilizadores dos SAAC.....	22
3-O Sistema Makaton	24
3.1-O contributo do Sistema Makaton em crianças com Trissomia 21	26
4-A função da família na estimulação precoce da criança.....	27
Parte II- Componente Prática	31
Capítulo I-Preparação da intervenção	33
1 - Contextualização	35
2 – Resultados da avaliação inicial.....	36
Capítulo II-A intervenção	39
1-Contextualização	41
2- Objetivos	44
3-Primeira parte da intervenção.....	44
4-Segunda parte da intervenção.....	47
5-Terceira fase da intervenção.....	50

Reflexões finais em torno da intervenção	52
Anexos	59
Anexo 1- Pedido de autorização aos pais para intervenção com V.	61
Anexo 2- Pedido de autorização à creche para intervenção com o V.....	62
Anexo 3- Planificação da 1ª parte da intervenção.	63
Anexo 4-Planificação da 2ª parte da intervenção.	64
Anexo 5-Planificação dos gestos a serem introduzidos ao longo da 2ª parte da intervenção com a criança.....	65

Abreviaturas

SAAC- Sistema Aumentativo e Alternativo de Comunicação;

SAA- Sistema Aumentativo e Alternativo;

T21- Trissomia 21;

CAA- Comunicação Aumentativa e Alternativa;

SNIP- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância.

Introdução

Este projeto de investigação realizou-se no âmbito do Curso de Mestrado em Educação Especial: área de Cognição e Motricidade e teve como finalidade refletir sobre a introdução precoce de um Sistema Aumentativo e Alternativo de Comunicação, o sistema Makaton, junto de uma criança com Trissomia 21.

As dificuldades comunicativas, bem como motoras e cognitivas, são intrínsecas às crianças com Trissomia 21, ainda que numas mais acentuadas que noutras. Estas áreas estão interligadas. Desta forma, e ainda que o foco central deste projeto de investigação fosse a implementação do SAAC Makaton, houve necessidade de trabalhar outros aspetos do desenvolvimento da criança, preparando-a, bem como todo o contexto, para a referida implementação.

O trabalho encontra-se estruturado em duas componentes: componente teórica e componente prática. Na componente teórica aborda-se dois grandes pontos: a Trissomia 21 e a comunicação através dos Sistemas Aumentativos e Alternativos de Comunicação. Um ponto também abordado nesta parte, ainda que de forma mais genérica, prendeu-se também com as funções e papel da família, uma vez que a componente de intervenção se relacionava com uma criança de um ano. Assim, a parte prática apresenta o relato de uma intervenção realizada que abrangeu criança com Trissomia 21, família e contexto educativo (creche). Ao longo do trabalho, foi imprescindível informar os pais e educadores sobre as características das crianças com T21, a necessidade de aquisição de um SAAC e as vantagens do Makaton em particular. Com a criança, foram realizados jogos lúdicos para estimular a psicomotricidade e, progressivamente, foi introduzido o sistema comunicativo.

Parte I: Componente Teórica

Capítulo I- Trissomia 21

1-Etiologia e Classificação

A Trissomia 21 é também frequentemente denominada por Síndrome de Down. Só em 1866 foi reconhecida como um quadro clínico distinto, dentro da deficiência mental. Tal deveu-se a John LangdonDown que, numa publicação, descreveu alguns dos traços morfológicos típicos da Trissomia 21 (Pueschel, 1993). Estabeleceu ainda uma relação entre as pessoas com T21 e o povo mongol (Morato, 1995). Assim, este quadro clínico passou a ter duas designações: Síndrome de Down- reconhecendo a descoberta de John LangdonDown- e Trissomia 21, uma vez que está associado à presença de um cromossoma extra no par 21. Autores como Pueschel (1993), Morato (1995) e Palha (1997), consideram que, uma vez descoberta a etiologia genética da deficiência, a denominação Trissomia 21 é não só a mais correta a nível científico, como a mais isenta de conotações pejorativas.

A Trissomia 21 é uma condição cromossômica causada pela presença de um cromossoma extra no par 21. Assim, os sujeitos com T21 apresentam 47 cromossomas agrupados em 23 pares, ao invés dos habituais 46 (Pueschel, 1993). Ocorre tanto no sexo feminino como no sexo masculino. O que este cromossoma extra provoca no organismo varia de acordo com a extensão dessa cópia e com causas exógenas e endógenas. Enquanto fatores causas exógenas, são referidos processos infecciosos, sendo a hepatite e a rubéola os mais significativos; a exposição à radiação, principalmente antes da fecundação, bem como agentes químicos que podem originar mutações genéticas. Comocausas endógenas, surgem os problemas de tiroide da mãe; deficiências vitamínicas ou a idade maternal, pois o risco de um nascimento de uma criança com T21 aumenta em mulheres com idade superior a 35 anos. Pueschel (1993) eSampedro, Blasco & Hernández (1997), referem a idade como o fator mais importante apontando que 4% dos casos devem-se a fatores hereditários. Já Bautista (1997), para além da idade, refere queo facto de a mãe estar afetada pela síndrome ou mesmo outros membros da família, pode influenciar o nascimento de uma criança com Trissomia 21. Os indivíduos com esta síndrome têm uma esperança de vida menor, devido a uma maior presença de anomalias orgânicas, bem como ao desenvolvimento de doenças infecciosas (Similaet al.,1986,cit.por Sigaud&Reis,1999). No entanto, Brunoni, (1999) diz que as crianças com Trissomia 21 têm uma esperança média superior do que tinham há uns anos atrás, devido aos avanços científicos realizados nesta área e aos tratamentos proporcionados.

Segundo Nielson (1999), estima-se a presença de uma criança com T21 em cada 800 a 1100 nados vivos. O diagnóstico pré-natal permite saber, durante a gravidez, se o feto tem Trissomia 21. O estudo cromossómico é a etapa principal do diagnóstico, sendo fundamental o seu resultado para o aconselhamento genético e ajuda dos pais no processo de aceitação de cuidar e adaptação de uma criança com T21 (Brunoni, 1999). Puesschel (1993), Sampedro (et. al., 1997) e Vinagreiro e Peixoto (2000), referem a existência de três tipos de trissomia 21, a saber:

- 1- Trissomia homogénea- resulta de um erro na distribuição dos cromossomas que ocorre antes da fertilização. Durante o desenvolvimento do óvulo ou do espermatozoide, ou na primeira divisão celular que ocorre na célula reprodutiva, designada por meiose. Frequente em 95% dos casos. A pessoa possui 47 cromossomas em todas as células e não existe a disjunção cromossómica;
- 2- Translocação- pode suceder devido a um problema de genes dos pais. Presente em 3 a 4% dos casos, no qual o cromossoma suplementar está ligado a outro cromossoma, embora o indivíduo tenha 46 cromossomas;
- 3- Mosaicismo- ocorre entre 1 a 3% dos casos, sendo que só algumas células têm o terceiro cromossoma. Ou seja, o erro de distribuição produz-se na segunda ou terceira divisão celular. Quanto mais tardio for o erro, menos células serão afetadas. A criança terá, no par 21, células normais e trissómicas ao mesmo tempo.

2- Características

Esta alteração genética provoca um desequilíbrio que se reflete no desenvolvimento e na função das células dos sujeitos. Devido à sua presença difusa nas estruturas cerebrais, são afetados em maior ou menor grau vários sistemas: motor, sensorial, verbal, cognitivo e adaptativo. Estas alterações terão consequências e persistirão ao longo da vida (Florez, 2005). Estudos feitos nos últimos anos demonstram uma grande variação individual nos sujeitos com Trissomia 21 (Troncoso & Cerro, 1999), ainda que existam inúmeras características comuns, inerentes à própria patologia. De acordo com o Centro Nacional de Informação para Crianças e Jovens com NEE, os sinais clínicos associados à Trissomia 21 são superiores a 50, sendo, porém, raro encontrá-los todos, ou mesmo a sua maioria reunidos num só indivíduo. Segundo informação da Associação Olhar 21 (2012, p.10) estão descritos na literatura cerca de 120 aspetos morfológicos que caracterizam as pessoas com T21.

2.1- Características físicas

Gundersen (2001) e Lambert (Lambert, J.L. e Rondal, J.A., 1982) afirmam que algumas das características mais comuns são: **cabeça mais pequena** do que o normal, apresentando a parte posterior ligeiramente achatada (braquicefalia); **cabelo liso e fino** e, algumas crianças, podem apresentar falhas do mesmo; **rosto com contorno achatado** pelo facto de os ossos faciais estarem pouco desenvolvidos; **olhos ligeiramente rasgados**; **orelhas pequenas**; **boca e maxilares pequenos**, o palato é estreito, o que leva a criança a abrir a boca e pôr a língua de fora; **lábios grossos**, descaídos e a língua grossa, gretada e saliente. A dentição aparece mais tarde do que noutras crianças; **nariz pequeno**, **pescoço tipicamente curto e largo**; **tórax**, no geral, com uma **saliência no externo** ou ainda mais desenvolvido no caso de anomalias cardíacas congénitas; **mãos, pés e dedos grossos e curtos**; **pele** da face e das mãos ligeiramente arroxeadas, **seca e áspera**; **o seu crescimento**, devido a fatores genéticos, **processa-se mais lentamente**, tendo estas crianças, no geral, uma estatura mais baixa do que o normal; **órgãos genitais pouco desenvolvidos** nos rapazes, nas raparigas os lábios maiores podem ter tamanhos exagerados e o clitóris tende a ser aumentado; **libido nos rapazes está diminuída**, ao contrário das raparigas e há uma **tendência para obesidade**. A motricidade, que engloba a hipotonia muscular, problemas de equilíbrio, fraca

coordenação oculomotora e dificuldade de manipulação, são também características das crianças com Trissomia 21 (Sampedro, Blasco & Hernández, 1993).

2.2- Caraterísticas comportamentais

No que toca a caraterísticas comportamentais, vários autores afirmam que, apesar das crianças com trissomia 21 serem todas diferentes, apresentam as seguintes caraterísticas em comum: problemas de atenção e maturidade, amáveis, afetuosos e atenciosos, “mandões”, modestos, passivos, dinâmicos, submissos e por vezes negativos. A criança trissômica funciona muito à base de estímulos positivos e elogios para que não se sinta desmotivada e pouco valorizada. Não existindo uma personalidade única nem estereotipada do indivíduo, cada um deles tem a sua própria maneira de ser, de pensar, de falar, sendo por isso imprescindível conhecê-lo e respeitá-lo tal como é.

O comportamento social das crianças com T21 pode ser causado pela natureza do ambiente em que vivem. Um clima familiar afetivo adequado repercutir-se-á positivamente no desenvolvimento da criança. É importante ter claro que quanto mais cedoe adequada for a intervenção, maiores hipóteses ela terá de um bom desenvolvimento e integração social.

2.3-Problemas de saúde

A criança trissômica tem maior probabilidade de apresentar um comprometimento da saúde em virtude de alterações congénitas. Este comprometimento pode afetar o coração, os pulmões, a coluna cervical, a produção de hormonas, a visão e a audição. Têm também mais propensão para desenvolverem perturbações psiquiátricas (depressão) e doença de Alzheimer (Pueschel, 1993). Vinagre e Peixoto (2000) mencionam que os problemas de saúde que acontecem com mais frequência são:

- **Cardiopatias:** logo ao nascimento a criança deve passar por um minucioso exame cardiológico. As crianças que possuem cardiopatia congénita podem ter baixo peso, desenvolvimento mais lento comparado a crianças com a mesma síndrome e malformações torácicas;
- **Problemas pulmonares:** constantes constipações e pneumonias, que advém de uma predisposição imunológica;
- **Problemas endócrinos:** hipotireoidismo-podendo ser a causa da obesidade;

- **Problemas visuais:** problemas mais comuns são a miopia, estrabismo, catarata e obstrução dos canais lacrimais;
- **Problemas auditivos:** cerca de 60% a 80% das crianças apresenta baixa audição, uni ou bilateral;

2.4- Caraterísticas psicológicas e cognitivas

Em linhas gerais, se avaliarmos a facilidade de aquisição de competências correspondentes a cada etapa de desenvolvimento, as crianças com trissomia 21 apresentam atrasos consideráveis em todas as áreas. Normalmente os atrasos surgem no primeiro ano de vida, mas a rapidez com que o desenvolvimento se processa é progressivamente menor durante a etapa seguinte e a idade pré-escolar. Durante os três primeiros anos, o desenvolvimento social parece ser o menos afetado. É referido por Sigaud & Reis (1999) que “a amabilidade, docilidade, obediência e sensibilidade são atribuídos presentes de modo exacerbado e, inerentes à Trissomia 21. Estas características estão em concordância com as normas existentes para o convívio social e, por este motivo, são apreciadas e valorizadas pelas mães e pela nossa sociedade de um modo geral. Assim, a atitude de empatia, amabilidade e docilidade da criança, facilita a sua integração e o seu relacionamento interpessoal com os seus pares, sendo mais fácil a sua aceitação, não obstante a sua idade mental não acompanhar a dos seus pares da mesma idade.”

As maiores dificuldades revelam-se na percepção, atenção, memória e aprendizagem, bem como no desenvolvimento da linguagem e dificuldades na articulação (Cotrim & Ferreira, 2001; Troncoso & Cerro, 1999; Sampedro, Blasco & Hernández, 1993). Assim e segundo Luria (1986, cit. por Vieira, 2008) devemos desenvolver as suas capacidades para a realização de tarefas construtivas práticas e potenciar o seu pensamento lógico verbal, que baseado nos códigos da linguagem, ultrapasse o seu percentual e dê soluções a pequenos problemas. De realçar que o nível de atraso de desenvolvimento nestas crianças varia muito de umas para as outras.

2.2.1- Percepção

De acordo com Sampedro, Blasco & Hernández, (1993), a gravidade do atraso de desenvolvimento nestas crianças oscila. Segundo investigações feitas, as crianças com T21, em comparação com outras crianças com dificuldades intelectuais,

apresentam maiores défices na capacidade de discriminação visual e auditiva, no reconhecimento tátil em geral e de objetos tridimensionais, na cópia e reprodução de figuras geométricas e na rapidez percetiva e movem-se mais por imagens (concreto) e não tanto por conceitos (abstrato). Num estudo de Miranda e Frantz (1973) conclui-se que a criança com Trissomia 21 segue os passos normais de desenvolvimento, embora com um certo atraso.

2.2.2- Atenção

Furby (1974), afirma que necessitam de mais tempo para dirigir a atenção para o que pretendem e têm maior dificuldade em a transferir de um aspeto para o outro do estímulo. Assim, é necessária uma forte motivação para manter o seu interesse. Estas crianças têm também dificuldade em inibir ou reter as repostas mesmo depois de ter examinado em pormenor os aspetos mais importantes e/ou as componentes mais abstratas dos estímulos – a isto se deve a menor qualidade das respostas e a maior frequência de erro.

2.2.3- Memória

Spitz (citado por Sampedro et al., 1997) é da opinião que os mecanismos base da aprendizagem e memorização são os mesmo e que a diferença está nos processos empregues para organizar espontaneamente as aprendizagens e memorizações. Outros autores defendem que os maus resultados e os problemas na aprendizagem e memorização devem-se a dificuldades na categorização conceptual e na codificação simbólica.

Brown (citado por Sampedro, et al., 1997) confirma que a memória de reconhecimento elementar em tarefas simples é satisfatória, mas quando se requer uma intervenção ativa e espontânea para organização e memorização do material, estas crianças apresentam algumas dificuldades.

O treino na utilização de estratégias adequadas de memorização parece ser eficaz, mas, contudo, fica por resolver o problema da sua transferência e generalização (Sampedro, Blasco & Hernández, (1993).

2.2.4- Linguagem

As dificuldades de linguagem apresentam diferentes formas e graus, originando problemas de comunicação. A evolução do indivíduo, a sua integração e autonomia pessoal e social dependem, em grande parte, da aquisição e desenvolvimento da linguagem. Sampedro (1997) afirma que está comprovado que o desenvolvimento da linguagem na criança trissômica sofre um atraso considerável relativamente às outras áreas de desenvolvimento, existindo um grande desajustamento entre os níveis compreensivo e expressivo.

No que diz respeito à compreensão, a evolução de uma criança com T21 é equiparada a de uma criança normal, embora atrasada em relação ao tempo e condicionada pelos défices que apresentam em aspetos particulares da organização do comportamento. Estas crianças têm dificuldades nas operações mentais de abstração e síntese, dificuldades que se manifestam na organização do pensamento, da frase, na aquisição de vocabulário e na estruturação morfosintática.

Segundo Vinagreiro e Peixoto (2000), o nível expressivo da criança com Trissomia 21 é frequentemente afetado pelos seguintes fatores:

- a) Dificuldades respiratórias- hipotonicidade e fraca capacidade para manter e prolongar a respiração;
- b) Perturbações fonatórias- alterações no timbre da voz, que aparece grave e monótono;
- c) Perturbações da audição- perdas auditivas que variam de ligeiras a moderadas, pelo que a capacidade auditiva, sem estar gravemente alterada, é inferior ao normal;
- d) Perturbações articulatórias- hipotonia da língua e lábios, malformações do palato, inadequada implantação dentária e imaturidade motora;
- e) Tempo de latência da resposta demasiado prolongada.

Observa-se ainda alguma falta de relação lógica na narração, dando por vezes a impressão de incoerência (Sampedro, Blasco & Hernández, 1993). Finalmente, Garcia (1994), sublinha que a nível de vocabulário, o desenvolvimento é mais lento. Deste modo, López Melerodizem que a finalidade da educação de crianças com T21 é a mesma do que a da educação em geral, ou seja, é necessário oferecer-lhes todas as

oportunidades e assistência para desenvolverem as suas faculdades cognitivas e sociais específicas até ao mais alto nível.

A linguagem constitui o núcleo das dificuldades sociais da pessoa com Trissomia 21, ao ver-se condicionada nas suas possibilidades de comunicação em consequência dos défices que geralmente apresenta nesta área.

Desde que nascem, os bebés com Trissomia 21 vão-se adaptando ao mundo que os rodeia. Muito cedo começam a comunicar por gestos. Reagem aos estímulos e enriquecem-se com experiências que lhes permitem evoluir ao nível dos reflexos e das representações simbólicas. A dificuldade na comunicação conduz, naturalmente, a criança a recorrer a gestos para transmitir aquilo que pretende. Quando entra na fase de aquisição da linguagem, tende a abandonar alguns gestos. Todo este longo processo possibilita a sua construção. Contudo, as crianças com T21 necessitam de mais tempo para processar a linguagem.

O atraso na aquisição da fala é um dos maiores problemas destas crianças. A hipotonia muscular provoca um desequilíbrio de forças entre os músculos orais e faciais, parecendo projetar o maxilar e contribuindo para que a língua assuma uma posição inadequada. A respiração incorreta pela boca, além de deixar a criança suscetível de contrair infeções respiratórias, altera o seu palato e dificulta a articulação de sons. Por sua vez, o atraso intelectual dificulta a memorização das sequências de sons e da linguagem. Assim se compreende que as crianças com Trissomia 21 tenham tantas dificuldades ao nível da comunicação.

Capítulo II- Sistemas Aumentativos e Alternativos de Comunicação

1- Importância da Comunicação

“O comportamento motor pode ser tão sutil como uma piscadela de olho ou uma expressão facial, ou ser tão explícito como a palavra falada. (...) Quanto às capacidades sensoriais estas permitem que a criança perceba as tentativas de comunicação do outro, mostrando-lhe a existência de outras pessoas com quem comunicar e que qualquer evento pode servir de tópico para conversar, para além de facilitar a compreensão das relações entre o símbolo e o seu referente” (Nunes, 2001, cit. In Franco, Reis & Gil 2003)

A comunicação permite a troca de informação entre sujeitos. A linguagem falada e escrita é a forma de comunicação humana mais comum, contudo, nem todas as pessoas conseguem falar, sendo necessário o recurso a outras formas de comunicação- signos e símbolos e elementos sonoros ou visuais. Nunca o ser humano teve tantas possibilidades de comunicação como hoje.

Schramm (cit. In Maletzke, 1965) diz-nos que, quando comunicamos, compartilhamos uma informação, uma ideia, ou uma atitude. O ato de comunicação é uma “faculdade de tornar comum aos outros, não somente as coisas externas a ele mas também ele próprio e suas ações mais íntimas de consciência- ideias, vontades, estados d’alma” (Baragli, 1965). Luiz Beltrão (1968) situa a comunicação entre os seres vivos como necessidade, não só para sobreviver, mas também, à perpetuação da espécie.

A comunicação é um processo que realiza a transmissão interpessoal de ideias, sentimentos e atitudes. Para além da informação, possibilita e garante as dinâmicas de grupo e social, podendo ser verbal ou não verbal (enciclopédia Verbo, 2004). Deste modo, sabemos que a comunicação humana utiliza vários canais para transmitir as suas mensagens, resultando um sistema de comunicação verbal e não verbal. Entende-se por comunicação verbal todo o discurso oral ou escrito constituído por palavra e frases e por comunicação não verbal, a entoação, o ritmo e pausas que dão significado à mensagem, movimentos da face, da cabeça ou de todo o corpo e aspeto físicos que também transmitem mensagens. Comunicar implica mais que a utilização da linguagem verbal e a capacidade para falar. Exige uma combinação complexa de competências cognitivas, motoras, sensoriais e sociais. A linguagem humana atinge cumes de perfeição e criatividade única para a

comunicação mais alargada e mais complexa. Olswang (1987, cit. In Bloom, 1990), caracteriza a comunicação como um processo complexo de troca de informação usado para influenciar o comportamento dos outros.

A comunicação é uma capacidade inata. Segundo Valmaseda (cit. In Coll, Palacios & Marchei, 1995) os bebés reagem a padrões visuais e auditivos. Ao mesmo tempo, o adulto estabelece diálogos com estas ações do bebé. Estes diálogos, embora muito primitivos, caracterizam-se por contactos oculares e físicos, sorrisos e movimentos corporais. Deste modo, percebemos que a comunicação está presente mesmo antes de os bebés saberem falar e que este facto tem uma enorme importância para o seu desenvolvimento. Através das várias interações aprendem a comunicar-interpretam o significado das expressões faciais, dos gestos, dos objetos, dos movimentos e da fala.

Para aprender a comunicar é preciso saber escutar os outros- **comunicação recetiva**, e responder-lhes- **comunicação expressiva**. A comunicação recetiva é caracterizada pela receção e compreensão da mensagem. Desde que nasce, o bebé interpreta diferentes tons de voz, de fala, gestos, expressões faciais e toques, vendo neles comportamentos que têm significado e que pretendem transmitir algo. Já a comunicação expressiva é um processo comunicativo que permite que a criança comunique com o mundo que a rodeia, transmitindo os seus sentimentos, desejos e anseios.

Comunicar é um processo interativo, desenvolvido em contexto social, requerendo um emissor que codifica ou formula a mensagem e um recetor que a descodifica ou compreende. Implica respeito, partilha e compreensão mútua (Fiadeiro, 1993, cit. in Nunes, 2001). Wiener (1971), afirma que, quando se comunica com outra pessoa, transmite-se uma mensagem da mesma natureza, que contém informações acessíveis. Na área da Educação Especial e mais concretamente no trabalho de estimulação que se realiza com as crianças com Trissomia 21, os Sistemas Aumentativos e Alternativos de Comunicação (SAAC) aparecem como um recurso essencial no âmbito da estimulação comunicativa.

2-Potencialidades dos Sistemas Alternativos e Aumentativos de Comunicação

Em Portugal não há legislação específica sobre os SAAC. O Decreto-lei nº3, de 7 de janeiro de 2008, engloba os SAAC dentro das tecnologias de apoio, como se refere no artigo nº 22 “... os dispositivos facilitadores que se destinam a melhorar a funcionalidade e a reduzir a incapacidade do aluno, tendo como impacte permitir o desempenho de atividades e a participação nos domínios da aprendizagem e da vida profissional e social”. Também a mais recente legislação (Decreto-lei nº54 de 6 de julho de 2018), faz referência aos centros de recursos de tecnologias de informação e comunicação para a educação especial.

Segundo Capovilla (1994), o número representativo de pessoas que se encontra impedido de comunicar corresponde a uma em cada duzentas pessoas. Acontece devido a aspetos de ordem neurológica, física, emocional e cognitiva. Deste modo, torna-se necessário investir na utilização de Sistemas Alternativos e Aumentativos de Comunicação. A incapacidade para comunicar através da linguagem verbal afeta as pessoas a nível social, cultural e psicológico. Tetzchner&Martinsen, (2000), consideram que a utilização destes sistemas de comunicação permitem:

1. O desenvolvimento da capacidade de comunicação;
2. Uma maior compreensão do que acontece à sua volta;
3. Expressarem as suas próprias necessidades e o acesso a atividades mais complexas;
4. Melhorar a sua qualidade de vida e um maior controlo sobre a mesma;
5. Uma maior auto estima e igualdade social.

A Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA) refere-se a todo o tipo de comunicação suplementar ou de suporte, fundamentalmente apoiada por tecnologias de apoio (Basil, 2001). Tem como objetivo principal minimizar os graves problemas que se levantam ao indivíduo por via de alguma problemática (motora, auditiva e outras), que perturbe a sua faculdade de comunicar, impossibilitando-o de falar ou, falando, impedindo-o de o fazer de modo inteligível. A implementação de um SAAC tem em vista promover a comunicação e, através desta, o desenvolvimento global da pessoa. O sistema deve ser escolhido tendo em atenção as características individuais do

indivíduo, de forma a melhorar o seu dia-a-dia, levando-o a desenvolver a sua autonomia e a torna-lo mais apto para enfrentar as situações quotidianas.

Para algumas pessoas, a CAA pode ser o único meio que possuem para comunicartendocomo objetivo promover e apoiar a fala de modo a garantir uma forma de comunicação alternativa se a pessoa não aprender a falar. Os mesmos autores defendem que a Comunicação Alternativa é qualquer forma de comunicação diferente da fala usada por um indivíduo em contextos de comunicação frente a frente. Incluem-se os signos gestuais e gráficos, o código Morse e a escrita. Ou seja, os autores consideram os sistemas alternativos de comunicação como um conjunto de signos, que possam podem ser gestuais, gráficos ou tangíveis.

Segundo Lloyd y Karlan (1984, cit in Ferreira & al, 2000), os sistemas aumentativos e alternativos de comunicação dividem-se em dois grupos: **sistemas de comunicação com ajuda e sem ajuda.**

2.1- Sistemas de Comunicação com ajuda

Tetzchner&Martinsen, (2000) caracterizam os **sistemas de comunicação com ajuda** como todas as formas de comunicação em que a expressão da linguagem necessita de recorrer a qualquer sistema exterior ao utilizador e que são usadas de acordo com as suas potencialidades e necessidades específicas. Temos como exemplos:

1. Tabelas e quadros de comunicação;
2. Relógios indicadores;
3. Máquinas de escrever adaptadas;
4. Dispositivos com fala digitalizada;

Estes sistemas requerem o emprego de ajudas técnicas para a transmissão de mensagens, pois os signos não são produzidos, mas selecionados.

Ferreira & al, (2000) agrupa os sistemas de comunicação com ajuda, em quatro categorias:

1. Sistemas de comunicação por objetos– são construídos por objetos de tamanho natural, miniaturas ou partes de objetos, usados como símbolos de comunicação;
2. Sistemas de comunicação por imagens- fotografias e desenhos lineares;

3. Sistemas de comunicação através de:
 - a) Símbolos gráficos- PIC, SPC, Bliss, Sigsymbols, Picssyms;
 - b) Sistemas combinados (utilizam símbolos gráficos e visuais) - Makaton;
 - c) Sistemas com base na escrita- alfabeto, palavras, frases;
4. Sistemas de comunicação por linguagem codificada- morse, braille;

2.2- Sistemas de Comunicação sem ajuda

Os **sistemas de comunicação sem ajuda** são constituídos por símbolos ou conjuntos de símbolos que não necessitam de quaisquer ajudas ou dispositivos. O indivíduo emissor utiliza o corpo (expressões faciais e corporais, cabeça, braços...) para se expressar, sendo este o veículo transmissor daquilo que se pretende comunicar.

Segundo Basile & Bellacasa (1985, cit. in Ferreira & al, 2000), podemos agrupar os sistemas de comunicação sem ajuda da seguinte forma:

1. Expressões faciais- gestos de uso comum;
2. Códigos Gestuais- vocabulário limitado;
3. Línguas Gestuais- Língua Gestual Portuguesa;
4. Linguagem codificada- alfabeto manual;

Com os sistemas aumentativos e alternativos de comunicação é possível fomentar capacidades comunicativas e ligísticas linguísticas em pessoas severamente incapacitadas, tornando-se mais fácil a interação comunicativa e a partilha de informações (Ferreira & al, 2000).

2.3-Vantagens e desvantagens dos SAAC

Segundo Ferreira & al (2000), os Sistemas Aumentativos e Alternativos de Comunicação assumem as seguintes **vantagens**:

- 1- Podem fornecer dois "inputs" simultâneos (o visual e o auditivo);
- 2- Não inibem o desenvolvimento da linguagem verbal; pelo contrário, eles podem reforçar a fala e/ou o desenvolvimento da linguagem;
- 3- Podem servir vários objetivos:
 - a) Como sistema de comunicação provisório;
 - b) Como facilitador da linguagem;
 - c) Como suplemento à linguagem verbal;
 - d) Como um sistema de comunicação inicial.

- 4- São normalmente mais estáticos; a receção da informação visualmente mantém-se por um período de tempo mais longo e a emissão é mais demorada que a linguagem oral, havendo menos hipóteses de ser distorcida, facilitando os processos de memorização e de representação;
- 5- Permitem a aplicação de estratégias (apontar os símbolos ou modelar com gestos ou sinais) importantes no processo de ensino/aprendizagem.

A mesma autora, Ferreira & al (2000), menciona algumas **desvantagens**:

- 1- Os SAAC não são sistemas de comunicação habituais e por isso não podem ser tão rapidamente reforçados pelos indivíduos falantes;
- 2- As outras pessoas podem hesitar em aceitar o uso de um sistema aumentativo e podem sentir que isso representa desistir da comunicação vocal;
- 3- Os outros podem ser incapazes de receber e interpretar a mensagem;
- 4- Os outros podem não ter disponibilidade para despende o tempo necessário para receber e interpretar as mensagens;
- 5- Os sistemas aumentativos podem ser caros, pelo facto de ser necessário adquirir equipamentos e/ou treinar pessoas a ensinar e a receber as mensagens;

Caroline Musselwhite (1988) realça que é necessário que os técnicos e os usuários dos Sistemas Aumentativos tenham o objetivo de educar o público a reconhecer as capacidades comunicativas das pessoas com deficiência severa, mesmo que estas não possam ser expressas através dos modos tradicionais.

2.4-Utilizadores dos SAAC

Shane&Bashir (1980) defendiam que o desenvolvimento intelectual do indivíduo candidato a um Sistema Aumentativo e Alternativo de Comunicação devia situar-se pelo menos no estágio V do período sensoriomotor, ao nível dos dezoito meses de idade mental. No entanto, a investigação de Reichle e Yoder (1985) veio demonstrar que indivíduos ao nível de estágio IV do desenvolvimento sensoriomotor foram capazes de adquirir capacidades rudimentares para comunicar através de um tabuleiro, incluindo a expressão de desejos e de necessidades.

Tetzchner&Martinse (2000) consideram que os indivíduos com necessidades de CAA podem dividir-se em três grupos, dependendo da função exercida pelo SAA, isto

é, se é utilizado como meio de expressão, como linguagem de apoio ou como linguagem alternativa:

- 1- Aqueles que mostram um elevado nível de compreensão da linguagem falada, mas que carecem de um **meio adequado de expressão**, e cujas dificuldades motoras os impedem completamente de falar, ou o fazem de uma forma pouco inteligível;
- 2- Indivíduos sujeitos a situações traumáticas ou cirúrgicas (por ex. traqueotomias) em que a comunicação oral não é possível **durante um determinado período de tempo** (função temporária);
- 3- Grupo que mostra um elevado nível de compreensão da linguagem falada, mas que carece de um **meio adequado de expressão** e cujas dificuldades motoras os impedem completamente de falar, ou o fazem de uma forma pouco inteligível.

Todos estes utilizadores possuem em comum o facto de não terem começado a falar na idade habitual, terem perdido a fala com idade precoce ou após uma lesão ou doença. No entanto, possuem diferentes níveis de compreensão da linguagem, da capacidade de a compreender e de a usar.

Para Romsky & Seivick (1993) e Peterson & al., (1995) citados por Tetzchner & Martinsen, (2000), podemos incluir neste grupo indivíduos com autismo, deficiência intelectual e questões auditivas.

Ferreira & al (2000) referem que existem alguns grupos com necessidades de utilização da Comunicação Aumentativa e Alternativa. Indivíduos com:

- 1- Deficiências cognitivas:
 - 1) Deficiência intelectual;
 - 2) Atraso no desenvolvimento;
 - 3) Perturbações no desenvolvimento;
- 2- Deficiências sensoriais:
 - 1) Surdez;
 - 2) Surdez com deficit visual;
- 3- Deficiências neurológicas:
 - 1) Paralisia cerebral;
 - 2) Encefalopatias;

- 3) Traumatismos cranianos;
 - 4) Sequelas de meningite;
 - 5) Afasia;
 - 6) Apraxia;
 - 7) Disartria;
- 4- Perturbações emocionais:
- 1) Mutismo seletivo (transtorno psicológico);
 - 2) Psicoses infantis (autismo);
- 5- Deficiências estruturais:
- 1) Laringectomia (extração das cordas vocais);
 - 2) Glossectomia (extração da língua);
 - 3) Fenda palatina.

3-O Sistema Makaton

Segundo Prata (1992), o programa Makaton foi criado em 1972, pela terapeuta da fala Margaret Walker, no Reino Unido. A criação deste programa teve como objetivo promover o desenvolvimento da linguagem em pessoas com graves dificuldades de comunicação. Inicialmente, tinha como destinatários pessoas adultas com deficiência mental e alguns surdos. Mais tarde, foi revisto sofrendo alterações visando crianças e adolescentes, sendo delineado numa perspetiva evolutiva ou de desenvolvimento, tendo como padrão o processo normal de aquisição da linguagem.

É formado por trezentos e cinquenta palavras, conceitos básicos e funcionais, subdivididas em oito níveis de complexidade, que se ensinam de forma progressiva. Engloba gestos, linguagem oral e sinais gráficos. Como informa a mesma autora, o programa pode ser utilizado em qualquer outro país, desde que previamente, se proceda à sua adaptação de um ponto de vista cultural e linguístico e, ainda que se selecionem os gestos da língua gestual da comunidade surda do país correspondente aos itens lexicais incluídos no vocabulário. É necessário também “...selecionar o vocabulário que melhor se ajusta às necessidades de cada indivíduo e à sua situação específica” (Prata, 1991, p. 159).

O Makaton prevê a utilização de signos gráficos ou gestuais, ou ainda a combinação de ambos que acompanham em simultâneo a fala. Em Portugal, os gestos utilizados são retirados da Língua Gestual Portuguesa. Verifica-se que “as línguas

gestuais têm a sua própria estrutura com gramática e sintaxe diferentes das línguas faladas. A configuração dos signos é diferente, como é a ordem das palavras nas frases” (Tetzchner&Martinsen, 2000, p. 23). Assim, quando se usam os gestos, são respeitadas as regras gramaticais da língua oral e não gestual do país. Prata (1991) diz ainda, que nos **estádios iniciais** são introduzidos os vocábulos necessários para exprimir **ideias básicas**, sendo os **conceitos mais elaborados** e a combinação dos vocábulos em frases **introduzidos nos estádios subsequentes**. Quando se introduz o vocábulo, o gesto é trabalhado com a criança, bem como o seu olhar, compreensão e produção do gesto. Desta forma, ela tem a oportunidade de aprender a respeitar também as regras de um diálogo.

Também foram criados signos gráficos correspondentes ao vocabulário de acordo com os diferentes níveis. Os signos gráficos são utilizados de forma a eliminar dificuldades na produção e articulação do discurso ou do gesto. O programa propõe também, para o ensino do vocabulário, a utilização de técnicas estruturadas de ensino. Quando se presta um apoio e são utilizados signos gestuais, deverá existir um “...dicionário individual de signos que deve acompanhar o indivíduo pelo menos em todos os contextos habituais” (Tetzchner&Martinsen, 2000, p. 194). Desta forma, as pessoas com quem a criança está habitualmente, podem identificar os signos gestuais e os que são compreendidos pela mesma. Estes signos gestuais são acompanhados de desenhos ou imagens, para que a criança também o possa consultar.

A utilização deste programa tem como “...propósito principal, promover a compreensão e o uso da fala, funcionando como trampolim para o seu desenvolvimento.” (Tetzchner&Martinsen, 2000, p. 71).

Segundo Prata (1991, p. 158), o programa propõe:

- 1- Reduzir a complexidade do processo linguístico tanto no que respeita à expressão como à compreensão;
- 2- Clarificar o significado de que é expresso recorrendo a quaisquer meios disponíveis;
- 3- Limitar o número de vocábulos de entre os largos milhares existentes numa língua a um conjunto reduzido segundo um critério de prioridades que tenha em consideração a sua frequência de ocorrência e, fundamentalmente, a satisfação das necessidades básicas.

Segundo Calado (2012), o método em questão tem como objetivo principal fornecer um meio de comunicação a crianças e/ou jovens com problemas auditivos e défice cognitivo associado. Mesmo nos casos em que a capacidade intelectual para a aprendizagem e a memorização é bastante fraca e, desse modo não se consigam verificar grandes evoluções para além dos estados iniciais, este meio permite à criança ter um sistema alternativo de comunicação muito útil. O recurso a gestos e a símbolos, em simultâneo com a fala, permite desenvolver a comunicação funcional, a estrutura da linguagem oral e da literacia, facilitando o acesso aos significados do e no mundo, o que proporciona maior disponibilidade para a relação social.

3.1-O contributo do Sistema Makaton em crianças com Trissomia 21

Chapman e Miller (1980, citado em Basil 1995), referem que a aquisição quer da linguagem oral, quer de qualquer SAAC, requer o desenvolvimento de certas habilidades do desenvolvimento sensório-motor. Ferreira, Ponte e Azevedo (1999), referem que atualmente é possível a introdução de estratégias de comunicação aumentativa precocemente, pois existem vários níveis que vão desde as estratégias básicas para provocar o desejo de comunicar, até à implementação e ao uso de um sistema aumentativo e alternativo com uma linguagem simbólica muito elaborada e com recurso a tecnologias, sendo possível expressar capacidades comunicativas. Quanto mais estimulante for o ambiente sócio-afetivo em que uma criança se desenvolva, mais precocemente aprende que há diferentes formas de comunicar capazes de interferir com o meio que a rodeia.

O vocabulário Makaton ensina-se falando e usando gestos em simultâneo, e em Portugal, os gestos utilizados são retirados da Língua Gestual Portuguesa. Prata (1991) refere, que nos estádios iniciais são introduzidos os vocábulos necessários para exprimir ideias básicas, sendo os conceitos mais elaborados e a combinação dos vocábulos em frases introduzidos nos estádios subsequentes. Quando se introduz o vocábulo, o gesto é trabalhado com a criança, bem como o seu olhar, compreensão e produção do gesto. Desta forma, ela tem a oportunidade de aprender a respeitar também as regras de um diálogo. Também foram criados signos gráficos correspondentes ao vocabulário de acordo com os diferentes níveis. Os signos gráficos são utilizados de forma a eliminar dificuldades na produção e articulação do discurso ou do gesto.

Assim, uma comunicação baseada na visão favorecerá o desenvolvimento da linguagem baseada em símbolos. As crianças com Trissomia 21 têm maior facilidade em desenvolver a sua linguagem oral quando a parte visual é estimulada.

Para estimular e promover o desenvolvimento da linguagem de uma criança com Trissomia 21, uma das estratégias a não descurar é a repetição de palavras ou expressões associando-as à imagem ou ao objeto. É essencial respeitar o ritmo da criança e dar-lhe o tempo necessário a que a aquisição do novo conceito se concretize. A linguagem a utilizar pelo educador deverá ser simples e clara.

Em Inglaterra o sistema Makatoné utilizado em bebés sem quais quer problemas na linguagem, com o objetivo de estimular e desenvolver esta área, para que a aquisição da língua falada seja mais fácil. Cuidadores afirmam que assim é também mais fácil entender os desejos dos bebés, diminuindo as frustrações. Tal se pode verificar em <https://www.makaton.org/aboutMakaton/whoUsesMakaton/> (consultado a 12 de outubro de 2018, às 11h).

4-A função da família na estimulação precoce da criança

“A primeira escola da criança é a família, na família ela aprende observando o modelo do adulto. O adulto faz, a criança observa e imita” (Paulo Freire cit. in A Criança Diferente, 1990)

É fundamental que o contexto onde a criança se encontra inserida tenha em conta as situações quotidianas de modo a fornecer a estas crianças conhecimentos úteis ao seu desenvolvimento cognitivo, comportamental e social no âmbito sociofamiliar. Há quea salientar a importância de um clima familiar adequado, pois se a criança estiver inserida num meio onde não exista superproteção, ansiedade e rejeição e existir uma implicação ativa dos pais na sua educação, o seu desenvolvimento social e afetivo terá proporções muito positivas.

Para Palácios e Rodrigo (1998), a família tem fundamentalmente quatro funções em relação aos filhos: (i) assegurar-lhes a sobrevivência, o seu crescimento e socialização; (ii) proporcionar-lhes um ambiente de afeto e apoio; (iii) ajudá-los a desenvolverem a capacidade de se relacionarem com o seu meio físico e social; (ix) tomar decisões sobre a educação complementar dos seus filhos.

Ramos (2004) destaca alguns aspetos do meio familiar que podem influenciar negativamente a saúde e o desenvolvimento da criança:

- 1- Um ambiente carenciado, conflitual, hostil, violento e abusivo;
- 2- Relações pais/crianças caracterizadas pela falta de afeto, não fornecendo o apoio afetivo e material necessário;
- 3- Um estilo educativo autoritário e dominador ou incoerente e permissivo, não proporcionando à criança regras nem bases estruturais.

O Decreto-Lei nº 3/2008 de 7 de Janeiro veio reforçar a importância da interação entre escola/família e realçar a importância dos pais ou encarregados de educação na participação ativa, exercendo o poder paternal nos termos da lei, acedendo a toda a informação e a tudo o que se relacione com a educação especial prestada ao seu educando.

O SNIPI (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância) assume um papel importante tanto na intervenção e estimulação precoce da criança, como no trabalho próximo com a família. O Artigo 4º do Decreto-Lei 281/09 sintetiza os objetivos da SNIPI:

- 1- Assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades através da ação da IPI em todo o território nacional;
- 2- Detetar e sinalizar todas as crianças com alterações das estruturas ou funções do corpo, assim como situações de alto risco para problemas do desenvolvimento;
- 3- Intervir, após a deteção e sinalização, com base nas necessidades do contexto familiar de cada uma das crianças elegíveis, com o objetivo de prevenir ou reduzir atrasos no seu desenvolvimento;
- 4- Apoiar o acesso das famílias aos serviços e recursos adequados a cada situação;
- 5- Envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de apoio social.

É importante analisar a família e a qualidade das interações entre os diferentes membros desta estrutura, pois esta condiciona o processo de inserção social e o desenvolvimento da personalidade das crianças, nas suas várias dimensões. Grande parte dos problemas manifestados por elas estão relacionados com o contexto familiar em que estão inseridos. Para um bom desenvolvimento da criança, é necessário que os pais tenham a preocupação de apresentar e incluir a criança na sociedade, desde o seu

nascimento. As práticas educativas dos pais têm influência no desenvolvimento diferencial dos filhos, quer a nível cognitivo, quer a nível afetivo e social.

Cabe aos cuidadores ensinarem as crianças, desde cedo, as competências para uma vida independente. É um processo gradual, cheio de oportunidades, e essencial para que estes não se confrontem com situações para as quais não estejam preparados, minimizando assim os riscos do dia a dia.

Parte II- Componente Prática

Capítulo I-Preparação da intervenção

1 - Contextualização

Este projeto de intervenção teve dois pontos de partida ou motivações: em primeiro lugar o facto de tratar-se de uma criança com quem poderíamos intervir ao nível da área da comunicação, área que preocupa a família de V, área que muito privilegiamos e cuja importância no desenvolvimento da criança em geral e da criança com Trissomia 21 em particular já tivemos oportunidade de referir na primeira parte deste relatório; em segundo lugar, o facto de querermos aprofundar o conhecimento que possuíamos relativamente aos Sistemas Aumentativos e Alternativos de Comunicação, nomeadamente o sistema Makaton, cujo uso é recomendado no caso das crianças com Trissomia 21.

O projeto de intervenção foi planificado com base na seguinte questão:

“Como promover a comunicação numa criança com trissomia 21 e preparar os seus contextos para a aquisição de um SAAC?”

Antes da intervenção com a criança, foi elaborado e entregue um pedido de autorização aos pais do V, bem como na secretaria da creche, onde se realizou grande parte da investigação-ação (anexos 1 e 2).

Este projeto de intervenção teve características da metodologia da investigação-ação, uma vez que assumiu cumulativamente um carácter de pesquisa, intervenção, avaliação e reflexão. Esta foi a metodologia selecionada por se tratar de uma técnica de apoio à aprendizagem e ao desenvolvimento profissional do docente e por implicar que o professor assumia o papel de investigador e de um profissional que reflete sobre as suas práticas (César, 2000).

O V tem Trissomia 21 (homogénea) e quando começamos a planear a intervenção possuía onze meses (nasceu em novembro de 2016); é o segundo filho do casal, em que a média das suas idades é de quarenta anos. Segundo informação fornecida pela mãe, em nenhum dos exames efetuados durante a gravidez terá sido diagnosticada a Trissomia 21.

A Trissomia 21 compromete o desenvolvimento de V a diversos níveis: o V tem características físicas acentuadas, comprometimentos psicológicos e cognitivos, problemas de saúde associados: cardiopatia, problemas pulmonares (constantes constipações e pneumonias), visuais (olhos lacrimejantes) e auditivos (ainda sem certezas da percentagem de perda auditiva).

O V é acompanhado pela Intervenção Precoce, frequenta a fisioterapia uma vez por semana e irá iniciar terapia da fala, a pedido da mãe.

Este projeto teve como principal objetivo a preparação dos contextos/ambiente da criança e da própria criança para a introdução de um SAAC, o sistema Makaton, indo ao encontro das expectativas da família. Assim, os seus familiares, educadores e “colegas de creche”, foram também implicados neste processo de aprendizagem.

Nesta fase inicial, a fase antes da intervenção, recorreu-se à observação, uma vez que se pretendia captar as características do desenvolvimento de V e perceber de uma forma clara, o papel desempenhado por cada um dos intervenientes na ação educativa.

Deste modo, foi importante proceder ao levantamento de dados que permitissem fazer uma caracterização do contexto em que se inseria a criança, bem como assegurar a adequação da intervenção. Neste seguimento, antes da intervenção, para além de usarmos a técnica da observação, analisamos o processo individual da criança e mantivemos conversas com a família e a educadora.

2 – Resultados da avaliação inicial

A mestrandia avaliou o V aplicando uma grelha de desenvolvimento para verificar em que estágio se encontrava a criança e quais as suas potencialidades. Esta grelha destina-se a ser usada com crianças com trissomia 21, tendo permitido verificar que V se encontra ligeiramente abaixo dos parâmetros previstos para crianças com Trissomia 21 da sua idade, uma vez que ainda não se conseguia sentar –se sozinha, tal como previsto no quadro abaixo (Torres, 2012, p.48).

Estádio sensório motor (0-2 anos)	<ul style="list-style-type: none"> • Devido à sua formação física, a criança não é capaz de responder espontaneamente aos estímulos motores e sociais. • Só por volta dos 2 meses é que a criança consegue sorrir; • Só por volta dos 10 meses é que consegue sentar-se sozinha; • Só por volta dos 16 meses é que consegue formar palavras; • Só por volta dos 20 meses é que consegue levantar-se sozinha; • Só por volta dos 2 anos é que consegue andar;
--------------------------------------	--

Quadro 1-Estádio sensório motor- Torres (2012, p.48)

Tivemos ainda oportunidade de conversar com a família e definir as metas alcançar de acordo com as suas expectativas e, com base nas mesmas, elaboramos uma grelha de avaliação (grelha1).

De facto, com onze meses, altura em que iniciamos a intervenção, observamos que a criança não respondia a estímulos motores e sociais, não gatinhava, não se sentava sozinha, chorava quando contrariada e usava a chupeta durante as sessões de trabalho. Tinha dificuldade em agarrar objetos de diferentes tamanhos e formas e distraia-se facilmente.

Áreas	Metas a alcançar	Sim	Não	Com pouca frequência
<u>Motora</u>	Responder a estímulos motores;		X	
	Sentar-se sozinho;		X	
<u>Social e afetiva</u>	Sorrir;			X
	Responder a estímulos sociais;		X	
<u>Comunicação</u>	Apontar quando quer algo;		X	
	Verbalizar sons;		X	
	Chamar a atenção do adulto;		X	

Grelha 1-Avaliação realizada em novembro

Capítulo II-A intervenção

1-Contextualização

Correia (1997) considera que a família constitui o alicerce da sociedade e assim, é um dos principais contextos de desenvolvimento da criança.

Para a maioria das crianças, a sua vida social da criança inicia-se no lar, local onde passa a maior parte do tempo. Neste contexto, os pais são os principais agentes de socialização.

Inicialmente, e após reunião havida entre a mestrande e a mãe de V, ficou decidido que a intervenção seria feita em casa, duas vezes por semana. Assim, o trabalho seria também mais próximo da família (pais e irmã). Deste modo, e em conjunto, foi elaborada uma planificação do trabalho a desenvolver para e com a família, num período de seis meses (trinta sessões).

Numa primeira fase definiu-se ser importante explicar aos pais o que é a Trissomia 21 e sua relação com os Sistemas Aumentativos e Alternativos de Comunicação (SAAC), mais especificamente o Sistema Makaton. Posteriormente, fez-se um levantamento, isto é, uma lista das palavras/gestos que seria importante introduzir na comunicação com V, num futuro próximo. Assim, entregou-se aos pais o seguinte esquema.

- 1- O que é a trissomia 21;
- 2- O que são os SAAC e para que servem;
- 3- Makaton;
- 4- Vantagens;
- 5- Introdução dos gestos Makaton:

Saudação	Rotina	Família
<ul style="list-style-type: none"> • Olá • Bom dia • Boa tarde • Boa noite • Adeus • Obrigado 	<ul style="list-style-type: none"> • Comer • Beber • Banho • Passear • Escola • Professora • Casa • Dormir • Brincar 	<ul style="list-style-type: none"> • Mãe • Pai • Irmã • Avô • Avó

Novembro
Dezembro
Janeiro

Comida	Animais	Carro
<ul style="list-style-type: none"> • Bolacha • Pão • Bolo • Doce • Água • Sopa • Batata • iogurte • Leite 	<ul style="list-style-type: none"> • Cão • Gato • Peixe • Vaca • Cavalo 	<ul style="list-style-type: none"> • Bicicleta • Televisão • Cadeira • Levantar • Sentar • Vir • Dar • Mal • Bem • Prato • Copo

Por motivos profissionais dos pais da criança, esta intervenção em casa só foi possível durante um mês (novembro). Para que o trabalho pudesse ser contínuo e para que não quebrássemos as rotinas do V, a intervenção direta com a criança passou a ser realizada na creche e, com a família, apenas uma vez por semana, na sua habitação.

A intervenção na creche foi realizada num período de cinco meses, sendo que as trinta sessões, inicialmente previstas, não foram concretizadas na totalidade, por motivos de saúde do V – internamentos hospitalares- e questões profissionais dos familiares da criança. Deste modo, no total, foram realizadas vinte e duas sessões de trabalho com a criança, o grupo e a família.

Após alteração do local principal da intervenção, a planificação do trabalho com o V foi reformulada, em consenso com a educadora titular do grupo. Deste modo, algumas sessões passaram também a ser com o grupo de crianças da sala do V. O grupo é constituído por vinte crianças com um ano de idade.

Embora a intervenção tenha abrangido todo o grupo, foi maioritariamente individual devido à idade do V e também às suas dificuldades de atenção e concentração.

O trabalho de intervenção dividiu-se em três partes, tal como se pode verificar na grelha seguinte.

	Trabalho realizado	Objetivo	Intervenientes/Locais	Duração / Nº de sessões
<u>Parte 1</u>	-Avaliação inicial- observada e registada em grelha; -Delineação e aplicação de estratégias;	-Ponto da situação; -Preparação para a introdução do SAAC Makaton;	-Pais, criança e comunidade escolar; -Em casa e na creche;	-2 meses- novembro e dezembro; -8 sessões;
<u>Parte 2</u>	-Avaliação por observação do trabalho realizado; -Introdução de gestos básicos; -Avaliação com grelha de registo;	-Ponto da situação; -Ensino/aprendizagem do SAAC; -Verificação da evolução das aprendizagens;	- Criança, família e pares; -Na creche;	-3 meses – janeiro, fevereiro e março; -10 sessões;
<u>Parte 3</u>	-Criação do livro pessoal Makaton; -Reforço dos gestos básicos; -Avaliação final;	-Registo dos gestos trabalhados; -Verificação das aprendizagens;	-Pais, criança e comunidade escolar; -Na creche;	- 1 mês – abril; -4 sessões;

Grelha 2- Planificação da intervenção com a criança

As sessões desenvolvidas com o grupo foram presenciadas e partilhadas com educadora e auxiliares da sala, que não tinham qual quer conhecimento sobre o Sistema Aumentativo e Alternativo de Comunicação Makaton. O trabalho foi desenvolvido no chão da sala principal, em roda, de forma próxima com as crianças, utilizando brinquedos das mesmas e outros disponibilizados pela mestranda. Nas sessões individuais com o V, o trabalho foi realizado num espaço disponibilizado para o efeito, a sala de refeições.

2-Objetivos

A intervenção teve como objetivo geral promover a comunicação do V através do sistema Makaton e três objetivos específicos, a saber: (i) promover a interação da criança no contexto educativo e em casa; (ii) promover as interações entre o V e os seus pares, bem como com todos os agentes significativos; (iii) sensibilizar e treinar os agentes para uso do Makaton com o V.

3-Primeira parte da intervenção

Numa primeira fase, foi necessário fazer uma apresentação sobre o Sistema Aumentativo e Alternativo de Comunicação Makaton: o que era, quais as vantagens e desvantagens e para que servia, pois nem os pais, nem a educadora da criança tinham conhecimentos acerca deste.

Após uma análise dos dados de avaliação de V, verificou-se a necessidade de melhorar as áreas da socialização, comunicação, autonomia e motricidade fina. Nesta linha, antes da introdução do sistema Makaton, foi necessário delinear, juntamente com os pais e a educadora, estratégias para serem postas em prática a longo prazo de forma a melhorarmos o desenvolvimento global da criança e consecutivamente o desenvolvimento da sua comunicação e a pré-disposição para a mesma.

Algumas das estratégias acordadas relativamente à área da socialização foram:

- 1- Promover o contacto com diferentes crianças, expandindo o convívio entre os mesmos na sala, no recreio, no parque...;
- 2- Deixar a criança explorar objetos, alimentos e pessoas;
- 3- Integrar atividades e associações que expandam o contacto e o convívio com crianças com trissomia 21.

No que diz respeito à comunicação, privilegiaram-se as seguintes estratégias:

- 1- Reconhecer as pessoas com quem comunica através de um gesto ou objeto de referência;
- 2- Desenvolver atividades diferenciadas que promovessem a necessidade de comunicar, diversificando os espaços e os objetos;
- 3- Responder de forma positiva a todas as formas e tentativas de comunicação da criança, estimular, dar pistas;

- 4- Facultar informação verbal acerca da atividade que a criança executa, empregando sempre a fala em conjugação com gestos.

Para que o V pudesse aumentar a sua autonomia, estabeleceu-se ser necessário que os ambientes, onde as atividades fossem realizadas, fossem diversificados. Assim, foi de consenso que o V deveria:

- 1- Deslocar-se, progressivamente, com pouca ajuda em locais da sua rotina diária;
- 2- Reconhecer espaços onde se desloca e move, bem como as pessoas que neles se inserem: casa, escola e comunidade.

Tal como abordado anteriormente, as crianças com Trissomia 21 têm dificuldade no processamento sensorial. Esta situação também foi evidenciada pela encarregada de educação e, neste sentido, adotadas estratégias para estimular esta área:

- 1- O ambiente deve ser orientado e pouco confuso, para que a criança pudesse aprender, praticar e concentrar-se nas atividades propostas;
- 2- Deve utilizar-se diferentes: textura secas, húmidas e molhadas.

No que diz respeito à motricidade fina e global definiu-se que o V deveria:

- 1- Agarrar objetos pequenos com o indicador e o polegar;
- 2- Usar o dedo indicador para apontar ou para tocar;
- 3- Tirar objetos de um recipiente;
- 4- Transferir objetos de uma mão para a outra;
- 5- Colocar-se na posição quadrúpede;
- 6- Sentar-se sem ajuda.

Para o desenvolvimento cognitivo de V considerou-se necessário esconder objetos, despejar o conteúdo de uma caixa para a aprendizagem da relação causa-efeito e empilhar peças para aprender a relacionar tamanhos e formas.

Sempre que possível, estas estratégias refletiram-se nas atividades colocadas em prática pela mestranda, nas sessões individuais e de grupo com a criança. Neste sentido, e nos primeiros dois meses de trabalho, este terá sido o principal foco (anexo 6).

Ao nível da socialização foram realizadas brincadeiras com o grupo, de forma a que o V não fosse excluído: entregar e pedir os brinquedos aos pares, jogos de encaixe, observação de livros, foram algumas das atividades realizadas.

A área da comunicação foi trabalhada constantemente. Todas as tentativas de comunicação do V foram reforçadas e valorizadas e ao longo das sessões o contacto verbal foi sempre mantido. O reforço positivo foi uma estratégia utilizada permanentemente.

A motricidade fina foi também uma das áreas desenvolvidas ao longo de todo o processo: através de jogos de encaixe e enfiamentos bem como em estratégias para pegar objetos de diferentes tamanhos e formas. Foi também necessário e importante permitir que o V percorresse a sala e a explorasse, mas sempre sobre vigia.



Figura 1- Materiais utilizados na estimulação cognitiva e motora

Para o desenvolvimento sensorial de V, a mestranda criou bolas feitas de meias, em que o seu interior tinha diversas texturas, de modo a também exercitar a motricidade fina; usando as mãos como instrumento de exploração e experimentação, explorando objetos e materiais, em conjunto com a criança.

Tendo como base as metas a alcançar, foi elaborada uma planificação, detalhada, do trabalho a realizar nesta primeira etapa (anexo 3).

4-Segunda parte da intervenção

A segunda fase iniciou-se em janeiro de 2018, e focalizou-se na observação do trabalho desenvolvido na primeira parte, de forma avaliar-se a metodologia usada estaria a beneficiar o Ve na introdução de alguns gestos do Sistema Makaton.

Nesta fase verificou-se que, dois meses após iniciado o trabalho com V, este começou a responder a estímulos motores e sociais: “arrasta-se” atrás da bola, sorri quando o adulto fala, interage com os pares e consegue agarrar alguns objetos, mas não os transfere de uma mão para a outra. O V começou a verbalizar sons (balbucios), e de forma palmar “aponta” para algo que quer. Já não usa chupeta durante as sessões, mas chora quando é contrariado.

Ao fazermos uma análise comparativa entre as grelhas seguintes, constatamos que o trabalho desenvolvido tem beneficiado a criança e as metas propostas têm sido alcançadas.

Áreas	Metas a alcançar	Sim	Não	Com pouca frequência
<u>Motora</u>	Responde a estímulos motores;		X	
	Senta-se sozinho;		X	
<u>Afetivo e social</u>	Sorri;			X
	Responde a estímulos sociais;		X	
<u>Comunicação</u>	Aponta quando quer algo;		X	
	Verbaliza sons;		X	
	Chama a atenção do adulto;		X	

Avaliação inicial-
novembro de
2017

Áreas	Metas a alcançar	Sim	Não	Com pouca frequência
<u>Motora</u>	Responde a estímulos motores;		X	
	Senta-se sozinho		X	
<u>Afetivo e social</u>	Sorri;			X
	Reponde a estímulos sociais;			X
<u>Comunicação</u>	Aponta quando quer algo;			X
	Verbaliza sons;	X		
	Chama a atenção do adulto;			X

Segunda avaliação-
janeiro de 2018

Denotando a evolução do V, e em concordância com a mãe, as áreas a desenvolver nas sessões seguintes foram as mesmas, bem como o tipo de trabalho a realizar (anexo 4).

Na segunda parte da intervenção foram introduzidos alguns gestos básicos do sistema Makaton (anexo 5). Este trabalho foi progressivo e só foi possível pela evolução a nível comportamental, cognitivo e pelas melhorias na motricidade fina e global da criança.

No final do mês de janeiro, por motivos pessoais e profissionais, os pais do V deixaram de conseguir conciliar os seus horários com a sessão presencial semanal em sua casa. No entanto, todo o trabalho que a mestranda tinha planificado para e com os mesmos, foi enviado via e-mail e o contacto foi mantido permanentemente.

No grupo da sala do V o trabalho foi continuo, mas o mesmo não aconteceu com a educadora e auxiliares, uma vez que nem sempre tinham disponibilidade temporal para as sessões de trabalho.

No seguimento da introdução do Makaton, foi necessário a criação de uma folha de registo. A sua elaboração foi baseada na já criada por Keith Park e Margaret Walker (The Makaton Vocabulary Development Project 1987), com o intuito de assinalar:

- 1- Os gestos que a criança está a aprender;
- 2- O tipo de ajuda necessária para a produção do gesto;
- 3- Os gestos já adquiridos;
- 4- A sua evolução no SAAC.

A primeira avaliação do sistema Makaton foi realizada no final do mês de janeiro, tendo-se verificado a necessidade constante de ajuda física na realização dos gestos do Sistema Makaton seleccionados para serem introduzidos numa primeira fase, tal a grelha abaixo ilustra. Para além disso, V por vezes, quando ajudado a realizar os gestos, chorava.

Data	Gesto selecionado	Tenta articular o gesto	Imita o modelo	Necessita de ajuda verbal/física	Articula o gesto quando solicitado	Usa o gesto espontaneamente	Nível do gesto
<u>10 Jan.</u>	<i>Mãe</i>	Não	Não	Sim	Não	Não	Nível 1
<u>17 Jan.</u>	<i>Pai</i>	Não	Não	Sim	Não	Não	Nível 1
<u>24 Jan.</u>	<i>Irmã</i>	Não	Não	Sim	Não	Não	Nível 1

Grelha3- avaliação realizada no final do mês de janeiro (primeiros gestos do sistema Makaton).

5-Terceira fase da intervenção

A terceira e última fase da intervenção teve a duração de um mês (abril) e consistiu em quatro sessões. O trabalho anterior foi continuado e reforçado e adicionalmente a mestrandia elaborou um livro Makaton onde compilou gestos do sistema Makaton trabalhados com a criança, e outros que futuramente lhe serão úteis. Entregou-o à educadora para ser utilizado na creche, e enviou-o aos pais, em formato digital, para que o trabalho pudesse ter continuidade. O livro foi contruído com materiais fáceis de manusear, os gestos estão organizados por níveis e acompanhados por imagens ilustrativas.



Figura 2-Fotografias do livro Makaton

Finalmente, foi realizada uma nova avaliação, tendo-se verificado alterações significativas muito positivas. O V começou a tentar articular o gesto e a imitar o adulto modelo e quando mostrado o objeto, ainda que com dificuldades, o V utilizava o gesto correspondente. A grelha 4 permite constar o progressivo domínio de V em relação a determinados gestos do sistema Makaton.

Data	Gesto selecionado	Tenta articular o gesto	Imita o modelo	Necessita de ajuda verbal/física	Articula o gesto quando solicitado	Usa o gesto espontaneamente	Nível do gesto
<u>17 e 14 mar.</u>	<i>Mãe</i> <i>Pai</i> <i>irmã</i>	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Nível 1
<u>21 mar.</u>	<i>Bola</i> <i>Gato</i> <i>Cão</i>	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Nível 2
<u>28 mar.</u>	<i>Comer</i> <i>Água</i>	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Nível 1

Grelha 4- Avaliação final dos gestos introduzidos

Assim que terminada a última fase da intervenção com V, foi efetuada uma avaliação na área da linguagem, de modo a serem registados os seus progressos e conquistas com um ano, tal como se pode observar no quadro seguinte.

Intenção comunicativa	Produz sons/ balbucios	Tenta articular o gesto	Imita o modelo	Necessita de ajuda verbal/física	Articula o gesto quando solicitado	Usa o gesto espontaneamente
Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim (mas de forma aleatória)

Quadro 2-Avaliação na área da linguagem

Reflexões finais em torno da intervenção

Tal como referido ao longo deste projeto, quando iniciado o trabalho com o V (novembro de 2017), e como se pode verificar através da leitura do quadro 3, este revelava dificuldades a nível motor, afetivo e social, na comunicação e na cognição.

Mês / área	Motora	Comunicação	Afetiva e social	Cognição
<u>Novembro</u>	-Não se senta sozinho; -Não se coloca na posição quadrúpede; -Não segura objetos por muito tempo; -Não agarra objetos com o indicador e o polegar;	-Não produz sons; -Não manifesta intenção de comunicar;	-Não interage com os pares; -Não reage a estímulos sociais; -Sorri com pouca frequência;	-Não reage quando o chamam; -Desinteresse pelos brinquedos e brincadeiras; -Chora consecutivamente;

Quadro 3-Avaliação realizada em novembro de 2017

Ao longo das sessões, o V foi demonstrando evoluções significativas ao nível da área motora (agarrar objetos), da comunicação (produção de sons) e da cognição (choro menos frequente).

Ao fim das vinte e duas sessões de trabalho (seis meses), as conquistas alcançadas pela criança superaram as expetativas da mestranda, bem como as da família:

- A criança já se colocava em posição quadrúpede e exerce força para passar à posição bípede;
- Agarrava objetos de diferentes tamanhos e formas;
- Produzia e repetia sons;
- Manifestava intenções comunicativas - quando o adulto falava o V “respondia”;
- Interagia com os pares (partilha os brinquedos);
- Participava nas atividades quando solicitado.

Finalmente, ainda que, com dificuldades, o V já articulava os gestos Makaton de *mãe, pai, irmã, bola, gato, cão, comer e água*, sempre que estes nomes são referidos ou apresentados objetos significativos.

Também a família e outros intervenientes envolventes na intervenção revelaram:

- Mais conhecimentos relativos à Trissomia 21;
- Conscientização do trabalho necessário com o V;
- Aquisição de gestos básicos do SAAC Makaton.

Após reflexão sobre os resultados alcançados a mestranda considera que os aspetos que se seguem foram muito importantes para o sucesso alcançado:

- Observar e reconhecer as competências e as dificuldades da criança;
- Planificar corretamente a intervenção;
- Aproveitar e valorizar cada conquista;
- Trabalhar com a família e com os restantes intervenientes;
- Não desistir da evolução tendo em conta as características específicas do V;
- Dar continuidade a este trabalho para alcance de mais progressos.

Ser capaz de responder à variedade das necessidades educativas de todas as crianças, é um enorme desafio para as famílias e para os profissionais. No entanto, não podemos desistir das crianças e quanto mais precoce for a intervenção, mais sucessos serão alcançados. Embora os resultados do projeto terem sido positivos, a idade da criança poderá ter tido influência num trabalho mais vagaroso pelos comportamentos adotados, dificuldades motoras e imaturidade.

Após desenvolver este projeto, a mestranda considera que a família do V foi um facilitador a todo o êxito da criança, ao contrário da creche que pouco se demonstrou receptiva a este trabalho de investigação.

Toda a criança é especial e única. Toda a criança aprende de forma especial (...). Toda a educação deve ser especial por se dirigir a seres peculiares e originais, quer sejam deficientes ou não.

Vítor da Fonseca

Bibliografia

Bautista, R. (1997). *Necessidades Educativas Especiais*. Coleção Saber Mais. Lisboa: Dinalivro.

Declaração de Salamanca (1994). *Inovação*, 7, (1), Ministério da Educação: Instituto de Inovação Educacional.

Decreto-Lei n.º 3/2008, de 7 de Janeiro.

DSM V (2014). *Manual Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. AmericanPsychiatricAssociation. Climepsi Editores.

Gundersen, K. S. (2001). *Bebés com Síndrome de Down: Guia para pais*. Lisboa: Editora Bertrand.

Morato, P. (1995). *Deficiência Mental e Aprendizagem*. Lisboa: SNR

Nielson, L. (1999). *Necessidades Educativas Especiais na Sala de Aulas: Um Guia para Professores*. Porto: Porto Editora

Pessotti, I. (1984). *Deficiência mental: da superstição à ciência*. São Paulo: T.A. Queiroz.

Sampedro, M., Blasco, G. M., &Hernández, M. (1993). *A Criança com Síndrome de Down*. In R. B. (Orgs), *Necessidades Educativas Especiais*. Coleção Saber Mais, Dinalivro.

Silveira, L. L. (2007). *Um estudo sobre a interação da mãe-criança com Trissomia 21*. Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas. Universidade Federal da Bahia. Dissertação de Mestrado: Salvador da Bahia. Brasil. Acedido em 25/10/2013..

Sim-Sim, I. (1998). *Desenvolvimento da Linguagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Sim-Sim, I. (2003). *Desenvolvimento da Linguagem*. Lisboa: Universidade Aberta.

Trancoso, M.V. & Cerro, M. M.(1998). *Síndrome de Down: Leitura e Escrita, Um guia para pais, educadores e professores*. Coleção necessidades educativas especiais. Porto: Porto Editora.

Anexos

Anexo 1- Pedido de autorização aos pais para intervenção com V.

esec
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE COIMBRA

Aos pais do V

Coimbra, 29 de setembro de 2017.

Filipa Beatriz dos Santos Lopes é estudante do 2º ano do curso de Mestrado em Educação Especial ministrado nesta escola, devendo no presente ano letivo desenvolver o seu trabalho final de curso que consiste na realização de um Projeto de Intervenção em contexto real com crianças/alunos portadores de necessidades educativas especiais.

Neste trabalho supervisionado, pretende-se não só que os estudantes apliquem os seus conhecimentos e desenvolvam competências de intervenção, mas que possam igualmente constituir um recurso educativo para o desenvolvimento das crianças/alunos que necessitam de acompanhamento mais próximo e de um trabalho mais dirigido. Desta intervenção espera-se, assim, que as crianças intervencionadas possam ser as maiores beneficiárias de todo o processo.

É neste sentido que vimos solicitar a melhor colaboração dos pais do V, pedindo autorização para que a estudante Filipa Beatriz dos Santos Lopes possa realizar o seu trabalho apoiando esta criança na Creche/Jardim que o mesmo frequenta.

Agradecendo desde já, em nome da ESEC, todo o apoio que possa vir a ser prestada no âmbito referido, apresento os meus melhores cumprimentos

O Coordenador do Mestrado de Educação Especial

Anexo 2- Pedido de autorização à creche para intervenção com o V.



Exma. Senhora Diretora da
Creche/Infantário

Coimbra, 29 de setembro de 2017.





Filipa Beatriz dos Santos Lopes é estudante do 2º ano do curso de Mestrado em Educação Especial ministrado nesta escola, devendo no presente ano letivo desenvolver o seu trabalho final de curso que consiste na realização de um Projeto de Intervenção em contexto real com crianças/alunos portadores de necessidades educativas especiais.

Assim, e tendo a estudante já desenvolvido contacto coma instituição que V. Exa. superiormente dirige para o estudo e acompanhamento de uma criança que frequenta a Creche/Infantário , venho deste modo solicitar a melhor colaboração de V. Exa. autorizando a estudante Filipa Beatriz dos Santos Lopes a realizar a referida intervenção no estabelecimento educativo que V.Exa. superiormente dirige.





Desde já antecipadamente grato, em nome da ESEC, pelo apoio que possa vir a ser prestada no âmbito da formação destes futuros profissionais, apresento os meus melhores cumprimentos

O Coordenador do Mestrado de Educação Especial

Anexo 3- Planificação da 1ª parte da intervenção.

Áreas a desenvolver	Atividades a realizar	
<u>Afetiva e social</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Brincadeiras de grupo; • Dar os brinquedos aos pares e pedir os mesmos; • Interagir com outras crianças com T21; 	 <p>3- figura ilustrativa</p>
<u>Comunicação</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Responder a tentativas de comunicação; 	 <p>4-figura ilustrativa</p>
<u>Cognição e autonomia</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Espaços livres de materiais perigosos e distratores; • Permitir que se desloque sozinho explorando o espaço; • Onde está o objeto; 	 <p>5-figura ilustrativa</p>
<u>Motora</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Jogos de encaixe; • Pegar objetos de diferentes formas e tamanhos; • Retirar objetos de um recipiente; 	 <p>6-atividade realizada</p>

Anexo4-Planificação da 2ª parte da intervenção.

Áreas a desenvolver	Atividades a realizar	
<u>Afetiva e social</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Brincadeiras de grupo; • Dar os brinquedos aos pares e pedir os mesmos; • Interagir com outras crianças com T21; 	 <p>7- figura ilustrativa</p>
<u>Comunicação</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Responder a tentativas de comunicação; • Introdução progressiva de gestos básicos; 	 <p>8-miniatura usada com a criança</p>
<u>Cognição e autonomia</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Espaços livres de materiais perigosos e distratores; • Permitir que se desloque sozinho explorando o espaço; 	 <p>9-figura ilustrativa</p>
<u>Motora</u>	<ul style="list-style-type: none"> • Jogos de encaixe; • Pegar objetos de diferentes formas e tamanhos; • Trabalho do dedo indicador; • Trabalho da posição quadrúpede; 	 <p>10-atividade realizada</p>

Anexo 5-Planificação dos gestos a serem introduzidos ao longo da 2ª parte da intervenção com a criança.

Meses	Gestos	Materiais utilizados	Modo de implementação do gesto
<u>Janeiro</u>	<i>Mãe</i> <i>Pai</i> <i>Irmã</i>	Fotografias da família	-Utilizando as fotografias da família do V, a mestranda fazia os gestos e ajudava a criança a repeti-los;
<u>Fevereiro</u> <u>Março</u>	<i>Bola</i> <i>Cão</i> <i>Gato</i> <i>Comer</i> <i>Água</i>	Miniaturas animais	-Enquanto a criança brincava com as miniaturas a mestranda verbalizava o nome de cada uma e fazia simultaneamente o gesto; -A mestranda pedia determinado objeto completando sempre a fala com o gesto; -Aplicados os gestos “ <i>comer</i> ” e “ <i>água</i> ” na hora da refeição;